Lane Medical Library

Ueber Coccygodynie.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

AM 14. JULI 1893

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Richard Kasack

aus Potsdam.

OPPONENTEN: Herr Ferdinand Breuer, Dr. med.
„ Hans Böhme, Dr. med.
„ Fritz Koreuber, Dd. med.

BERLIN
C. VOGT'S BUCHDRUCKEREI (E. EBERING)
Linkstrasse 16.

Meinen lieben Eltern.

Unter Coccygodynie versteht man einen Schmerz, dessen Localisation wesentlich das Os coccygis ist und sich von da wohl auch auf die Umgegend, besonders auf das untere Ende des Kreuzbeins fortsetzt. Der Schmerz ist ein wechselnder, bald ein dumpfes, belästigendes Gefühl, bald aber an Intensität keinem anderen Schmerze nachstehend; desgleichen ist er in einzelnen Fällen andauernd, in anderen intermittierend, d. h. in Ruhe und bei Seitenlage verschwindend: in allen Fällen hingegen nimmt er an Heftigkeit zu bei Druck auf das Steissbein und steigert sich zur Unerträglichkeit, wenn ein anhaltender Druck auf das Steissbein ausgeübt wird, wie z. B. beim Sitzen. Doch auch alle Bewegungen, bei denen weniger ein Druck auf das Steissbein ausgeübt, vielmehr Zerrungen an demselben zu Stande kommen, verursachen meist eine beträchtliche Schmerzenssteigerung, so das Niedersetzen, Aufstehen und Gehen: leicht erklärlich wohl, wenn man bedenkt, dass bei all diesen Bewegungen die Mm. coccygei, Levator ani, Sphincter ani und eine Partie des Glutaeus maximus am Steissbeine ziehen. Auch die Schmerzen bei der Defäcation, besonders wenn der Stuhl sehr hart ist, lassen sich wohl

auf diese Weise erklären, desgleichen wenn berichtet wird, dass die Cohabitation wegen unerträglicher Schmerzen dabei aufgegeben werden musste. Eine spontane Vermehrung scheint bei der Menstruation aufzutreten, doch sind dies meist Fälle, in denen auch vor dem Auftreten der Coccygodynie aus irgend welchen anderen Gründen Schmerzhaftigkeit bei der Periode bestand, die nun auch der Coccygodynie in die Schuhe geschoben wird. In einem von mir beobachteten Falle fand ich dies bestätigt. Es bestand Schmerzhaftigkeit bei der Regel infolge Retroflexio uteri. Durch Behandlung derselben wurde die Periode leicht und schmerzlos, während die Coccygodynie erst nachher entstand. Während letzterer nun blieb die Periode leicht und schmerzlos; sicher wohl ein Beweis, dass die Coccygodynie zum mindesten nicht von anderen Erkrankungen der Sexualorgane abhängig zu sein braucht, sondern als ein gesondertes Leiden für sich bestehen kann.

Doch damit komme ich auf die ätiologische Seite der Coccygodynie. Als weitverbreitetste Ursache der Coccygodynie wird immer noch das Trauma angesehen. Nott in New-York, der zuerst einen Fall von Coccygodynie beschrieb, giebt die Ursache in einem Trauma an, ähnlich Simpson, dem wir die erste eingehendere Arbeit über die Coccygodynie verdanken (1859), und der die Krankheit auch erst mit diesem ihren Namen belegt hat. Doch schon in den von Simpson verzeichneten Fällen finden wir das Trauma nicht mehr als einzige Ursache der Coccygodynie, er nimmt bereits an, dass Erkältung diese Krankheit hervorrufen könne. Weitere Beobachtungen und Erfahrungen haben dann gezeigt, dass viele Fälle von Coccygodynie mit einem Trauma durchaus nichts zu thun haben, sondern als eine reine Neuralgie aufzufassen sind. Allerdings begegnen wir

der Coccygodynie am häufigsten unter verheirateten Frauen, indessen sind auch Männer nicht frei von diesem Leiden und Hörschelmann berichtet uns zwei Fälle von kleinen Mädchen im Alter von 4 und 5 Jahren. Er erzählt, dass in seiner Praxis plötzlich zwei kleine Mädchen ohne nachweisbare Ursache von den heftigsten Schmerzen in der Gegend des Steissbeins befallen wurden. Jedes Trauma war auszuschliessen. Die Mädchen konnten nicht sitzen und bekamen Stuhlbeschwerden. Nach fruchtloser Anwendung verschiedener Mittel hat er die Kleinen durch Aconitin — Tinctura Aconit. 2 stdl. 3 Tropfen bei Tag und Nacht — von ihrem quälenden Leiden vollständig befreit.

Dass wir dem Leiden besonders häufig bei verheirateten Frauen — wie ich schon oben erwähnte — begegnen, hat nun verschiedene Autoren veranlasst, den Geburtsact als ein wesentliches ätiologisches Moment für die Entstehung der Coccygodynie zu bezeichnen; ein Trauma, welches das Steissbein während der Geburt trifft, soll den Anlass zu der Schmerzhaftigkeit geben. Für die Richtigkeit dieser Ansicht sprechen eine Reihe von Thatsachen. Die an Coccygodynie leidenden Frauen sind in der Regel solche, welche geboren haben, die meisten geben direct an, dass der Steissbeinschmerz im Anschluss an ein Wochenbett aufgetreten sei. Weiter ist es ja unzweifelhaft, dass das Os coccygis während der Geburt, d. h. während der Kopf den Beckenausgang passiert, mechanischen Insulten ausgesetzt ist. Seine Spitze wird nach hinten gedrängt, seine Ligamente werden gedehnt, die Gelenke, sowohl die zwischen den Steissbeinwirbeln selbst wie das den obersten derselben mit dem Kreuzbein verbindende, zum Klaffen gebracht. Selbstverständlich wird dies in um so höherem

Masse der Fall sein, je grösser das räumliche Missverhältnis zwischen Kopf und Beckenausgang ist; ferner bei schwierigen Zangenoperationen, speciell dann, wenn nach Anlegung des Forceps an dem im Beckenausgang stehenden Kopf die Griffe zu frühzeitig gehoben werden, da hierbei ein anhaltender, starker Druck durch die dem Os coccygis anliegenden Partien des kindlichen Schädels auf jenes ausgeübt wird.

Man sollte demnach annehmen, dass wir die Coccygodynie besonders bei Frauen treffen würden, bei welchen die Austreibungsperiode eine sehr langwierige gewesen oder bei denen die Geburt durch eine schwere Zangenextraction beendet worden ist. Indessen muss ich mit Graefe sagen, dass dieser Schluss sich keineswegs als zutreffend erweist. Denn viele Frauen, die mit Bestimmtheit angeben, dass sich bei ihnen die Coccygodynie während des Wochenbettes entwickelt habe, haben eine in jeder Hinsicht normale Entbindung durchgemacht. Von Anlegung der Zange ist nicht die Rede gewesen. Bei mancher hat die erste, schwierige mit dem Forceps beendete Geburt das Leiden nicht hervorgerufen, wohl aber eine zweite, oder weitere, ganz leichte. So sind unter den in der Litteratur bekannt gewordenen Fällen 36 Erkrankungen, die Frauen betreffen, die geboren haben, von diesen ist nur in 7 Fällen, d. h. in 19 % der Fälle die Zange angewandt worden, und auch darunter befinden sich Frauen, bei denen die Coccygodynie erst zu einer Zeit aufgetreten ist, dass man kaum noch die Zange dafür verantwortlich machen kann.

Trotzdem will ich damit nicht gesagt haben, dass die Geburt nicht in Beziehung zur Entstehung der Coccygodynie stünde, der Geburtsact ist sicher zu den ätiologischen Momenten der Coccygodynie zu rechnen, obwohl der Procent-

satz der unmittelbar infolge der Geburt an Coccygodynie erkrankten Frauen ein geringer ist und die Coccygodynie oft schon bei genauer Prüfung der Fälle während der Gravidität entstanden ist. Es kann also in all diesen Fällen nicht gut von einem Trauma die Rede sein, vielmehr werden wir hier den Steissbeinschmerz wie in so vielen anderen Fällen als reine Neuralgie auffassen müssen. Zu dieser Auffassung berechtigt uns dann wohl auch die Art der Behandlung, die in den einzelnen Fällen zur Heilung geführt hat. Doch davon will ich an der Stelle ausführlicher sprechen, an der ich mich mit der Therapie der Coccygodynie eingehender zu beschäftigen gedenke.

Die eben erwähnte Auffassung, dass die Coccygodynie in puerperio meist auch als eine reine Neuralgie und nicht als eine traumatische aufzufassen ist, weiter zu bekräftigen, muss ich mich noch gegen einige Worte Hildebrandts, die er in „Billroths Handbuch der Frauenkrankheiten" vertritt, wenden. Er sagt: „Die leichteren Insulte, welche bei der Entbindung das Steissbein treffen, machen aber verhältnismässig häufiger Coccygodynie als die schwereren." Wenn er diese Erscheinung nun, welche sich mit der oben angegebenen Hypothese der traumatischen Entstehung der Coccygodynie nicht recht in Einklang bringen lässt, dahin erklären will, dass „die leichteren Insulte in ihren Anfängen in den ersten Tagen des Wochenbettes, wo die Wöchnerinnen bei den mannigfachen, der Entbindung folgenden Muskelschmerzen auf abnorme Empfindungen gerade an der betreffenden Stelle nicht besonders Rücksicht nehmen oder sie für notwendig erachten, meist nicht genügend gewürdigt und bei der Behandlung berücksichtigt werden und dadurch in einen chronischen Verlauf gelangen, während die schwereren Verletzungen, Luxationen und

Fracturen, meist gleich zur Kenntnis des Arztes und zu geeigneter Behandlung gelangen und bei gehöriger Schonung dann auch heilen, ohne chronische Reizzustände mit Coccygodynie zu hinterlasen", so kann ich dem mit Graefe nicht zustimmen. Denn einmal werden auch derartige schwerere Verletzungen des Steissbeins gewöhnlich nicht während des Wochenbettes, sondern erst später, wenn sie zur Coccygodynie geführt haben, entdeckt; andererseits heilen sie aus ohne Coccygodynie hervorzurufen. Letzteres beweisen die Untersuchungen von Luschka und Hyrtl, von denen ersterer in seiner Schrift „Die Halbgelenke des menschlichen Körpers" das überaus häufige Vorkommen von Ankylosen der Steissbeinwirbel constatiert, und der letztere in seiner „Topographischen Anatomie" berichtet, dass er bei 180 von ihm im Laufe von zwei Jahren gesammelten Steissbeinen nicht weniger als 32 Luxationen mit consecutiver Ankylose gefunden habe.

Dagegen macht gerade die oben erwähnte Thatsache, dass Coccygodynie ebenso oft, wenn nicht häufiger, nach normalen und leichten Entbindungen wie nach langwierigen, schweren oder auf instrumentellem Wege beendeten entsteht, die Ansicht Graefes wahrscheinlicher, dass in vielen Fällen das Leiden überhaupt nicht auf Traumen, welche das Steissbein inter partum getroffen haben, zurückzuführen sei, dass es sich auch nicht um periostitische Processe, Caries, Gelenkentzündungen, Luxationen, Ankylosen oder Fracturen des letzteren handle, dass es sich vielmehr auch hier wie bei so vielen nicht puerperalen Fällen um reine Neuralgien handelt. Selbstverständlich kann über den einzelnen Fall nur eine sorgfältige Untersuchung Aufschluss und Gewissheit geben.

Den Grund hinwiederum zu diesen puerperalen Coccy-

godynien, bei welchen eine Erkrankung des Steissbeins nachweisbar auszuschliessen ist und ein traumatischer Ursprung aus den oben angegebenen Gründen nicht angenommen werden kann, müssen wir im Puerperium selbst, vielleicht auch schon in der Schwangerschaft suchen. Ist doch das häufige Vorkommen von Neuralgien der verschiedensten Nervenbahnen während der Gravidität genügend bekannt. Seeligmüller erwähnt einen Fall, in dem die Coccygodynie bereits während der Entbindung aufgetreten ist und Graefe berichtet zwei Fälle, in denen die Schmerzhaftigkeit bereits vor der Geburt bestanden hat. „In dem einen Fall", so berichtet er, „gab Patientin, ohne danach gefragt zu sein, mit Bestimmtheit an, dass sie seit ca. 10 Wochen vor ihrer Entbindung an Schmerzen in der Steissbeingegend beim Niedersetzen, Sitzen und Aufstehen gelitten habe, welche, anfangs sehr gering, sich allmählich gesteigert hätten. Während des Wochenbettes, d. h. während der Tage, welche sie im Bette liegend zugebracht, seien sie verschwunden gewesen, nach dem Aufstehen aber heftiger wiedergekehrt als zuvor." In einem anderen Falle erwähnt er, dass Patientin ihn am Ende des zweiten Monats ihrer ersten Gravidität consultiert habe, weil sie im Zweifel war, ob sie schwanger sei." „Gegen Ende der Schwangerschaft teilte sie mir brieflich mit, dass sie seit einigen Wochen an quälenden, besonders beim Sitzen und Aufstehen sich einstellenden Schmerzen in der Steissbeingegend leide. Kurz vor der Entbindung nach Halle übergesiedelt, hatte ich Gelegenheit, Patientin zu untersuchen; ich konnte hochgradige Coccygodynie constatieren. Bald darauf entband ich sie mit dem Forceps. Während des in jeder Hinsicht normal verlaufenden Wochenbettes fühlte sich Patientin von allen Beschwerden frei, so lange sie das

Bett hütete. Dagegen trat die Coccygodynie, sobald sie das Bett verliess, in der früheren Heftigkeit wieder auf."

Ausser diesen Fällen findet sich noch in der Litteratur ein weiterer Fall von Coccygodynie in der Schwangerschaft. Es handelt sich um eine Erstgebärende, bei der seit Ende des fünften Monats der Gravidität Schmerzhaftigkeit in der Steissbeingegend bestand. Das Leiden kam nach vierzehntägigem Bestehen in Behandlung und wurde gleich den anderen oben erwähnten Fällen von Coccygodynie während der Schwangerschaft durch Faradisation geheilt.

Dass in diesem letzten Falle die Coccygodynie nicht etwa durch irgend ein Trauma, einen Druck des kindlichen Schädels etwa auf die Nerven entstanden sein kann, liegt wohl auf der Hand, wenn man die Zeit der Entstehung des Leidens im fünften Monat der Gravidität in Rechnung zieht. Doch auch für die beiden anderen Fälle wird man schwerlich die Ursache der Entstehung der Schmerzen in einem Nervendruck oder dergleichen suchen können. Denn bei der ersten Patientin stellten sich laut bestimmter Angaben dieselben bereits zehn Wochen vor der Entbindung ein, also zu einer Zeit, in welcher selbst bei Erstgebärenden der Kopf noch beweglich über dem Beckeneingang steht. Die zweite Patientin hat Graefe selbst kurz vor der Entbindung untersuchen und dabei sich überzeugen können, dass der Kopf noch nicht im, sondern auf dem Beckeneingang stand.

Der Umstand endlich, dass die Coccygodynie in verhältnismässig wenigen Fällen während der Gravidität beobachtet worden ist, lässt doch die Thatsache nicht fortleugnen. Er findet auch eine Erklärung darin, dass das Leiden in seinen ersten Anfängen, wenn es nicht eben von vornherein sehr heftig auftritt, von den Frauen, die über-

haupt viel an Nervenschmerzen im Bereich des Unterleibes und der unteren Extremitäten während der letzten Schwangerschaftsmonate zu leiden haben, als eines der vielen so zu sagen notwendigen und darum selbstverständlichen Uebel der Gravidität nicht weiter beachtet wird, bis es sich post partum und nach dem Aufstehen aus dem Wochenbette besonders von neuem, oft im vermehrten Grade bemerkbar macht.

Damit dürften die ätiologischen Momente der Coccygodynie erschöpft sein. Es sind nach dem oben Gesagten meiner Ansicht nach zwei hinlänglich verschiedene Entstehungsursachen der Coccygodynie scharf zu unterscheiden und zwar die Erkrankungen des Steissbeins selbst, denen die reinen Neuralgien gegenüberstehen.

Bevor ich mich aber nun weiter zu der Prognose und Diagnose der Coccygodynie wende, will ich noch auf einige Complicationen dieser Erkrankung eingehen. Es sind bei einigen Fällen der genannten Krankheit gleichzeitig bestehende andere Erkrankungen der Sexualorgane beobachtet worden. West nimmt in seinem Lehrbuch einen causalen Zusammenhang der Erkrankungen an, derart, dass er die Coccygodynie in diesen Fällen als einen „sympathischen“ Schmerz bezeichnet, eine Begleiterscheinung des erkrankten Uterus oder der erkrankten Ovarien u. s. w. Wenn man die in der Litteratur bekannt gewordenen Fälle nach dieser Richtung hin eingehender prüft, so wird man aber diese Ansicht keineswegs teilen können. Unter 24 Fällen der Litteratur, von denen ich überhaupt habe genauere Angaben finden können, sind nur in vier Fällen anderweitige Genitalerkrankungen verzeichnet, und zwar in dreien Retroversio resp. Retroflexio uteri, in einem Ovarialschmerz. In zwei der ebengenannten Fälle ist nun die

Lageveränderung des Uterus erfolgreich behandelt worden, ohne dass die Coccygodynie auch damit gewichen wäre. Diesen Fällen kann ich noch einen von mir beobachteten Fall anreihen, in dem gleichfalls eine Retrodeviation des Uterus bestand, während die Coccygodynie erst während der Behandlung dieser Lageveränderung entstand und trotz erfolgreicher Behandlung der Lageveränderung stets an Heftigkeit zunahm. Es scheinen mir diese Fälle zur Genüge zu beweisen, dass die Coccygodynie bei anderen Sexualerkrankungen als vollständig selbständiges Leiden besteht, wenn man auch für beide Erkrankungen oft ein und dieselbe Ursache annehmen muss. Es ist endlich kein Fall bekannt geworden, bei dem bei gleichzeitig bestehender Sexualerkrankung und Coccygodynie letztere ohne selbständige Behandlung allein durch Ausheilen der Sexualerkrankung geheilt worden wäre.

Was die Prognose der Coccygodynie anbetrifft, so stellt sich dieselbe nicht für alle Fälle gleich günstig. Wenn uns Scanzoni auch berichtet, dass er von 24 beobachteten und behandelten Fällen nur 10 habe vollständig heilen sehen, so dürfte doch bei den heute uns zu Gebote stehenden Mitteln kaum irgend ein Fall der Behandlung dauernd trotzen. Allerdings ist der Verlauf manchmal ein recht langwieriger, Seeligmüller erwähnt einen Fall, in dem die Coccygodynie volle 12 Jahre bestanden habe.

Die Diagnose der Coccygodynie sollte nach den oben genannten Symptomen kaum eine schwierige sein. Trotzdem ist zuerst im Jahre 1844, wie ich schon erwähnte, von J. C. Nott in New-York ein Fall exquisiten Steissbeinschmerzes beobachtet worden. Sicher hat es vordem schon viele derartige Erkrankungen gegeben, aber sie sind gerechnet worden unter die vielen Klagen über Rücken-,

Kreuz- und Gesässschmerzen, von denen Frauenleiden so unendlich oft begleitet werden, ohne gerade dieser speciellen Affection des Steissbeins eine besondere Berücksichtigung zu widmen, und vor allem ohne sich durch die untersuchende Hand über den Sitz und die Art des Schmerzes zu unterrichten. Denn nur durch die manuelle Untersuchung kann eine sichere Diagnose des Leidens gestellt werden. Wie oft schildern uns die Frauen einen Schmerz, welcher seinen Sitz am „untersten Ende des Rückgrats" haben soll, sich bei Druck u. s. w. vermehrt und also der Coccygodynie in dem subjectiven, einzigen wesentlichen Symptom und in der Localisation ganz entspricht; und doch findet man bei der Untersuchung keine Empfindlichkeit des Steissbeins, sondern bald eine Anteversion des vergrösserten Uterus mit ulcerierter Cervix, bald eine Retroflexio, Descensus ovarii u. a. Auch Fissuren oder Geschwüre im Mastdarm können ganz ähnliche Symptome machen und mit Coccygodynie verwechselt werden, wenn nicht eben eine manuelle Untersuchung zugelassen wird. Nur der untersuchende Finger sichert uns die Diagnose der Coccygodynie. Doch die Diagnose allein darf uns noch nicht genügen, die Untersuchung muss uns noch weitere Aufschlüsse über die Art der Erkrankung geben. Leider wird darauf meist zu wenig oder gar kein Gewicht gelegt, und doch von wie eminenter Bedeutung ist es in Bezug auf die Prognose und besonders in Bezug auf die Therapie! Wenn ich vorhin bei der Aetiologie die zwei grossen Gruppen unterschied, dass die Coccygodynie entweder auf Erkrankung irgend welcher Art des Steissbeins beruht, oder aber als eine reine Neuralgie aufzufassen ist, so soll uns darüber eben die objective Untersuchung Aufschluss geben, da es die Anamnese so oft nicht oder doch nur in ungenügendem

Masse vermag. Und eine genaue manuelle Untersuchung lässt uns in jedem Falle zu einem sicheren Resultate kommen.

Schon Graefe hebt richtig hervor, dass man sich nicht damit begnügen darf, eine Schmerzhaftigkeit bei einem Druck auf die vordere oder die hintere Seite des Steissbeins oder bei einem Hin- und Herbewegen desselben zu constatieren, um hierauf eine Gelenkerkrankung der coccygealen resp. des sacrococcygealen Gelenkes, eine Caries oder Periostitis zu diagnosticieren. Man darf dabei nicht vergessen, dass, wenn man in dieser Weise verfährt, man gleichzeitig die an den Knochen inserierenden Muskeln und Bänder dehnt und zerrt, vor allem aber die zwischen und mit ihnen verlaufenden Nerven mechanisch reizt. Sind nun diese letzteren der Sitz der Schmerzhaftigkeit, Knochen und Gelenke aber vollständig intact, so werden doch bei jedem einseitigen Druck auf das Steissbein, welcher ja zu einer Dislocation desselben führen muss, oder bei einem Hin- und Herbewegen desselben Schmerzen ausgelöst. Will man also eine Täuschung in dieser Hinsicht vermeiden, so muss man die Empfindlichkeit des Os coccygis und seiner Gelenke derart prüfen, dass man dabei eine Zerrung der dasselbe umgebenden und von ihm abgehenden Nerven vermeidet. Es ist das auch unschwer zu erreichen. Graefe rät deshalb zu diesem Zwecke das Hin- und Herbewegen des Os coccygis zu unterlassen und keinen einseitigen Druck auf seine vordere und hintere Fläche auszuüben, sondern es zwischen zwei Fingern von aussen und vom Rectum oder der Vagina zu fixieren. Mit diesen beiden Fingern kann man dann die Druckempfindlichkeit des Knochens und der Gelenke prüfen, ohne dabei das Steissbein zu bewegen. Wenn sich dann bei dieser Art der

Untersuchung eine Druckempfindlichkeit findet, so kann man sicher sein, dass eine Erkrankung des Os coccygis selbst vorliegt; wenn aber diese fehlt, so wird die Coccygodynie ihren Sitz in dem Plexus coccygeus haben. Den sicheren Beweis zu dieser per exclusionem gestellten Diagnose aber wird man erhalten, sobald ein auf den Plexus coccygeus resp. auf die vom Os coccygis abgehenden Weichteile am besten wieder gleichzeitig von aussen und Rectum oder Vagina aus ausgeübter Druck Schmerzen hervorruft.

Es erscheint mir von der grössten Wichtigkeit, dass auf diese Punkte bei der Diagnose genügender Wert gelegt wird, denn so wird es uns allein ermöglicht den richtigen Weg der Behandlung einzuschlagen. Wenn man von diesen Gesichtspunkten ausgehend eine zweckentsprechende Behandlung einleitet, so wird man auch in allen Fällen einer derartigen Erkrankung zu einem befriedigenden Resultat kommen.

Die Behandlung der Coccygodynie endlich möchte ich nach den schon oben erwähnten Gesichtspunkten besprechen. Ich meine, dass mit der Erkennung der Ursache der Coccygodynie auch die einschlägige Therapie in jedem einzelnen Falle gegeben ist. Nach Durchsicht aller in der Litteratur genauer mitgeteilten Fälle meine ich, dass man auch bei der Behandlung die beiden grossen Gruppen der Erkrankung scharf trennen muss: je nachdem man eine Erkrankung des Os coccygis selbst annehmen oder ausschliessen muss, bietet auch nur die eine oder die andere Behandlungsart gegründete Aussicht auf Erfolg. Ich werde diese Ansicht nachher durch Beleuchtung der bekannt gewordenen Fälle beweisen, will aber vorher noch einige Worte über die Behandlungsarten selbst anführen.

Die beiden Hauptmittel zur Bekämpfung und Heilung der Coccygodynie sind unstreitig die elektrische Behandlung und die Operation. Es sind dies die Mittel, die man heute und mit Recht am meisten anwendet, wenn man auch neben diesen eine, ich möchte sagen symptomatische Behandlung, wie sie in früheren Zeiten geübt, nicht ganz entbehren kann. Selbstverständlich wird man auch heute noch alle Schädlichkeiten möglichst fern halten, welche Druck und Zerrung des Steissbeins bedingen, man wird durch Bettruhe, bei Dislocation des Steissbeins durch eventuelle Seitenlage jeden Druck des kranken Teils verhüten. Auch Antiphlogose, namentlich bald nach Entstehung des Leidens angewandt, schmerzstillende Einreibungen und Stuhlzäpfchen, Aufpinseln von Jodtinctur, Sitzbäder, das sind Massnahmen, die, wenn auch wohl nur sehr selten zur vollkommenen Heilung führen, dennoch oft schnell erhebliche Linderung der heftigsten Schmerzen bewirken. Indessen um nur eine augenblickliche Linderung der Schmerzen herbeizuführen, möchte ich doch vor all diesen genannten Mitteln und noch manchen anderen Versuchen die subcutanen Injectionen von Morphiumlösung empfehlen, eine Behandlungsweise, der Scanzoni sogar einen Erfolg dauernder Heilung zuschreibt, wenn auch dieser Fall nicht ganz durchsichtig sein dürfte.

Alle diese genannten Behandlungsmethoden führen aber in den meisten Fällen nicht zu völliger Heilung oder lassen oft sogar vollständig im Stich. Ich meine daher, dass man mit all diesen unsicheren Mitteln nicht lange Zeit erst versäumen sollte, sondern sich zu den beiden oben schon genannten Hauptmitteln der elektrischen Behandlung oder der Operation je nach der Lage des einzelnen Falles wende: Zur Operation soll man in jedem Falle

schreiten, wo eine Erkrankung des Steissbeines auf die oben beschriebene Weise mit Sicherheit constatiert worden ist; man wird mit keiner anderen Behandlungsart ein vollkommen zufriedenstellendes Resultat erzielen, die Elektricität soll man dagegen aber auch in allen Fällen anwenden, wo eine solche Erkrankung des Steissbeins selbst ebenso sicher ausgeschlossen werden kann. Dass sich dieses Gebiet der Behandlung auf viele Fälle jetzt erstreckt, die man früher als traumatischen Ursprungs ohne weiteres zur Operation brachte, habe ich wohl bereits zur Genüge an verschiedenen Stellen bewiesen, werde aber auch noch des weiteren verschiedentlich darauf hinweisen.

Zunächst einige Worte über das Operationsverfahren. Dasselbe ist ein zweifaches: entweder subcutane Durchtrennung aller an das Steissbein sich ansetzenden Muskel- und Sehnenfasern, oder die Ausschneidung des ganzen resp. eines Teiles des Knochens. Die Operation gilt als von Simpson in Edinburgh eingeführt und wird auch wohl nach ihm benannt. Indessen scheint Peter Krukenberg in Halle die Operation bereits vor ihm gemacht zu haben. Wenigstens finden wir in der Litteratur eine wenn auch stellenweise etwas dunkle Erzählung, dass Peter Krukenberg ein Fräulein, das ihn, nachdem es die Kur in Bad Wittekind vergeblich gegen die Lähmung der unteren Extremitäten gebraucht hatte, noch am Tage vor der festgesetzten Abreise consultierte, durch einen einzigen Messerschnitt in der Steissbeingegend plötzlich von ihrer Lähmung befreite.

Weiter ausgebildet und des Oefteren ausgeführt worden ist die Operation dann, wie bereits erwähnt, von Simpson. Nach ihm wird ein Tenotom an der Spitze des Steissbeins eingestossen, alle Muskel- und Sehnenfasern an der hinteren Fläche, dann auf der einen und schliesslich

auf der anderen Seite durchtrennt, und zuletzt auch noch an der Spitze durchschnitten. Wenn diese Umschneidung nicht zum Ziele geführt oder ein Recidiv hinterlassen hat, so ist auch von Simpson schon und von Nott die partielle oder totale Exstirpation ausgeführt worden. In Steissrückenlage wird in der Steissbeinregion mit einem ca. 7 cm langen Schnitt die Haut und das subcutane Bindegewebe durchtrennt, dann das ganze Steissbein freigelegt. Dann fasst man dasselbe nach nochmaligem digitalen Abpalpieren mit einer starken Kornzange und entfernt es durch rotierende Bewegungen. Die ganze Operation dauert etwa $^1/_2$ Stunde.

Bei der elektrischen Behandlung kann man den constanten wie den faradischen Strom in Anwendung bringen, letzterer scheint oft schneller zur Heilung zu führen. Man führt dabei den negativen Pol mittels einer bis an die Spitze isolierten Uterussonde etwa 2 cm weit in den Cervicalkanal ein und appliciert den positiven Pol als Schwammelektrode auf die empfindlichste Stelle am Steissbein.

Zur Erläuterung nun der von mir oben ausgesprochenen Ansicht, man solle in einem jeden Falle von Coccygodynie zunächst eine sichere Diagnose auf vorhandene Erkrankung des Steissbeins selbst oder auf eine reine Neuralgie stellen und danach neben einer zweckmässigen Behandlung der am unangenehmsten hervorstechenden Symptome entweder die eine oder die andere der oben genannten Behandlungsmethoden auf den diagnostischen Befund gestützt einleiten, will ich nun die in der Litteratur bekannten Fälle durchgehen, die einen eclatanten in gebührender Weise hervorhebend, andere weniger eclatante in kritischer Weise kurz beleuchten.

So zunächst einen von Seeligmüller publicierten Fall. Es handelt sich um eine 39 Jahre alte Frau, die 5 Kinder ohne ärztliche Hülfe geboren hat; 12 Jahre bevor Seeligmüller die Frau zur Behandlung bekam, war der Frau eine Kuh auf die Schultern gesprungen, so dass sie zusammengebrochen war. Von dieser Zeit an Klage über Schmerzen im unteren Teile des Kreuzbeins und im Steissbein, die sich namentlich bei psychischen Alterationen, denen die Frau wiederholt ausgesetzt war, mehr und mehr steigern. Alle ärztliche Behandlungen erfolglos. Keine wesentliche Uterinerkrankung, Menstruation normal. Am Steissbein direct keine Veränderung nachzuweisen. Seeligmüller wendet am ersten Tage den constanten Strom, am zweiten den faradischen in der oben geschilderten Anordnung an. Ueberraschender Erfolg; dann noch viermalige Faradisation. Volle Heilung. Seeligmüller sah Patientin noch nach 5 Jahren wieder, ohne dass der Schmerz auch nur einmal wieder aufgetreten wäre. Dieser Fall dürfte auf das deutlichste beweisen, dass es sich hier um eine Neuralgie gehandelt hat, die nach langjähriger Behandlung mit allen möglichen Mitteln allein durch die Elektricität vollständig beseitigt worden ist.

Einen ferneren wertvollen Beitrag zur Erhärtung der oben ausgesprochenen Ansicht liefern einige Fälle von Graefe, von denen ich nur zwei besonders hervorheben will:

In dem ersten handelt es sich um eine 27 Jahre alte Primipara, bei der die Geburt durch die Zange beendet wurde. Es entstand Coccygodynie. Als Ursache wurde die letztere resp. ein durch dieselbe gesetztes Trauma angesehen. Die in der oben angegebenen Weise vorgenommene Untersuchung liess eine Erkrankung des Steiss-

beins ausschliessen. Durch achtmalige Faradisation wurde Patientin vollkommen geheilt. In einem anderen Falle war bei einer 49 Jahre alten Frau, die bereits in der Menopause stand, durch einen Fall mit der einen Hälfte des Gesässes auf eine Bettkante Coccygodynie entstanden. Man durfte hier wohl eine Erkrankung des Steissbeins erwarten. Die sorgfältige Untersuchung aber liess hier die Differentialdiagnose zwischen einer Erkrankung des Steissbeins selbst oder einer Neuralgie stellen: es ergab sich eine reine Neuralgie. Die Behandlung war infolgedessen die Elektricität. Es trat nach mehrmaliger Faradisation eine wesentliche Besserung ein, so dass Patientin aus der Behandlung fortblieb. Darauf wieder Zunahme der Schmerzen; von neuem Faradisation und zwar in 12 Sitzungen, wodurch eine vollkommene Heilung erzielt wurde.

Beide Fälle erweisen evident, wie wichtig es einmal ist, die Ursache der Coccygodynie genau zu erforschen, dann aber auch dass in Fällen, in denen man mit einem gewissen Rechte eine Erkrankung des Steissbeins von vornherein annehmen kann, dennoch die elektrische Behandlung die einzig richtige ist, sobald sich, sei es auch per exclusionem, eine Erkrankung des Steissbeins ausschliessen lässt.

Demgegenüber finden wir andere Fälle, in denen die elektrische Behandlung erfolglos blieb, Fälle, denen eben eine Erkrankung des Steissbeins zu Grunde lag, wenn dieselbe auch oft nicht erkannt worden ist. Ich erwähne einen von Dr. v. Swiecicki beschriebenen Fall. Derselbe betrifft eine Frau, die seit 8 Jahren, wo sie eine Zangengeburt durchgemacht hatte, über Schmerzen in der Steissbeingegend klagte. Bei der Untersuchung scheint eine Erkrankung des Steissbeins selbst nicht festgestellt. Antiphlogose, Narco-

tica gewährten nur vorübergehende Linderung, Faradisation, längere Zeit angewandt, erfolglos. Darauf Operation und zwar Tenotomie. Vorübergehende Besserung, doch bereits nach einem halben Jahre wieder unerträgliche Schmerzen. Endlich dann Exstirpation des ganzen Steissbeins mit dem günstigsten Erfolge. Die Besichtigung des exstirpierten Steissbeins ergab aber eine Caries des ganzen Knochens. Wenn nun auch in diesem Falle eine genauere Diagnose nicht gestellt war, so beweist er doch auf das entschiedenste, dass man eben bei der Coccygodynie die zwei genannten grossen Unterschiede machen soll. Wie viel früher hätte die Frau von ihrem qualvollen Leiden befreit werden können, wenn man sofort die nach den oben aufgestellten Grundsätzen allein richtige Behandlung eingeschlagen hätte!

Zum Schlusse will ich noch einen Fall aus der Klinik des Herrn Professor Mendel, den ich daselbst beobachten durfte, hier anfügen.

Anamnese: Frl. A. W. aus Berlin, 25 Jahre alt, Mantelnäherin. Mutter ist an Phthisis pulmonum gestorben. Vater lebt und ist gesund, keine Geschwister sind gestorben.

Patientin war immer gesund, ohne Besonderheiten in der Kindheit. Menstruation seit dem 14. Jahr. Die Regel kam meist 2 Tage zu früh und ging während ihrer ganzen Dauer mit Koliken einher; Dauer 6 Tage, starker Blutverlust dabei.

Patientin leidet seit März 1892, wo sie in der Universitätsklinik behandelt wurde, an den heftigsten neuralgischen Schmerzen im Steissbein. Sie machte damals eine gynäkologische Behandlung durch: Chlorzinkausspritzungen, Curettement des Uterus. Danach lag sie noch einmal drei

Wochen in einer gynäkologischen Klinik, wo nach Angabe der Patientin eine Senkung der Gebärmutter nach hinten constatiert wurde. Patientin musste drei Monate lang acht Tage vor und acht Tage nach der Menstruation einen Ring tragen. Danach dauerten die Koliken während der Menstruation nur einen Tag lang.

Seit diesem Aufenthalte in der Klinik nun besteht die ausserordentlich quälende Coccygodynie. Der Schmerz im Steissbein hatte einen brennenden Charakter und war am lästigsten beim Sitzen und bei allen Bewegungen in jeder Körperlage. Bei ganz ruhigem Stehen und Liegen namentlich im Bett war Patientin vollkommen frei von Schmerzen. Ueber andere Erscheinungen hatte sie nicht zu klagen; Appetit, Stuhl, Schlaf liessen nichts zu wünschen übrig; hysterische Stigmata fehlten. Der Ernährungszustand blieb der gleichmässig gute.

Status praesens. Patientin klagt nur über die Schmerzen am Steissbein, die bei jeder Bewegung eintreten, beim Lagewechsel im Bett u. s. w.

Mittelgrosses, kräftig gebautes Mädchen von gesundem Aussehen, im guten Ernährungszustand mit derber Muskulatur und gutem Fettpolster.

Innere Organe und das gesamte motorische und sensible Nervengebiet bieten nichts Auffallendes oder Krankhaftes dar. Ausser einer Druckempfindlichkeit der linken Ovarialgegend spricht auch nichts für Hysterie.

Palpation und Inspection der Steissbeingegend ergeben nichts Pathologisches. Steissbein ist nicht luxiert, sondern befindet sich in richtiger Lage und Stellung, ist nicht selbst afficiert.

Behandlung und Verlauf: Patientin wird neben symptomatischer Behandlung — zweimal täglich Injectionen

von Aeth. sulf. in die Steissbeingegend; zweimal täglich ein Theelöffel Hypophosphit und Bettruhe — mit Elektricität und zwar mit dem constanten Strom behandelt. Der eintretenden Periode wegen musste die Behandlung durch Elektricität ausgesetzt werden. Eine Zunahme der Schmerzen während der Regel fand nicht statt; nach derselben wieder elektrische Behandlung, die in kurzer Zeit soweit zur Besserung führte, dass Patientin Entlassung begehrte.

Endlich sei es mir nun noch verstattet, eine kurze procentuarische Uebersicht der Fälle zu geben, von denen in der Litteratur etwas Genaueres bekannt gegeben worden ist. Es ergiebt sich dabei folgender Procentsatz: von 19 Fällen hat sich bei 10 eine Erkrankung des Steissbeins ausschliessen lassen = 52,6 %; alle sind durch die elektrische Behandlung geheilt worden, während bei sechs eine Erkrankung desselben vorlag = 31,5 %, denen ein operativer Eingriff zur Heilung verhalf.

Zum Schlusse meiner Arbeit erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Professor Dr. Mendel für die liebenswürdige Anregung zur vorliegenden Arbeit, sowie für die gütige Ueberlassung des beschriebenen Falles aus seiner Klinik meinen aufrichtigsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

Scanzoni, Würzburger med. Zeitschrift 1861. Band II pag. 320.

Scanzoni, Krankheiten der weibl. Sexualorgane. Band II, 325.

Hörschelmann, Petersburg. med. Zeitschr. 1862 Heft 16.

Graefe, Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie. Bd. 15. Jahrg. 1888.

Amann, Bair. ärztl. Intelligenzblatt 1870, Nr. 30, pag. 394.

Bryant, Med. Times and Gaz. 1866, pag. 363.

v. Ziemssen, Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie Bd. X und XII.

West, Lehrbuch der Frauenkrankheiten 1870 pag. 815.

Wiener medicin. Presse: Zur Behandlung der Coccygodynie 1888.

Cannstatt, Jahresberichte der gesamten Medicin (Virchow-Hirsch).

Langenbeck, Archiv für klin. Chirurgie. Bd. III (1860—61).

Virchow, Archiv für pathol. Anatomie, Physiologie und klin. Medicin (kas.) XI. Jahrg. pag. 399

Schmidt, Jahrbücher der gesamten Medicin: 1867, II, p. 626. — 1868, II, p. 455. — 1870, II, p. 515. — 1876, II, p. 467. — 1888, II, 686.

Thesen.

I.

In allen Fällen von Coccygodynie, in denen sich eine Erkrankung des Os coccygis selbst ausschliessen lässt, ist die elektrische Behandlung die allein richtige Therapie.

II.

Die Uterustamponade bei Blutungen ex atonia ist in den seltensten Fällen berechtigt und daher zu entbehren.

III.

Bei schmerzhaften, kurzdauernden operativen Eingriffen empfiehlt sich die Bromäthylnarkose.

Lebenslauf.

Verfasser, Martin Richard Kasack, evangelischer Confession, Sohn des Polizeikassen-Rendanten Hermann Kasack, wurde am 18. April 1870 zu Potsdam geboren. Seine wissenschaftliche Vorbildung erhielt er auf der Kienholz'schen Privatschule und dem Victoria-Gymnasium zu Potsdam, welch letzteres er Michaelis 1888 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Am 23. October desselben Jahres wurde er bei der medicinischen Facultät der Königlichen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin immatriculiert, um nach kurzer Unterbrechung ebendaselbst Ostern 1890 das Studium wieder aufzunehmen. Am 28. Juli 1891 bestand er die ärztliche Vorprüfung zu Rostock, ein weiteres Jahr studierte er an der Universität zu Leipzig, seit Michaelis 1892 ist derselbe wieder an der Universität zu Berlin immatriculiert. Am 1. Juli 1893 bestand er das Tentamen medicum und am 7. Juli 1893 das Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Curse folgender Herren:

In Rostock: Aubert (†), Blochmann, von Brunn, Matthiessen, Michaelis, Töhl. — In Leipzig: Boehm, Curschmann, Döderlein, Birch-Hirschfeld, His, Karg, Krehl, von Lesser, Lesser, Romberg, Schoen, Urban. — In Berlin: du Bois-Reymond, v. Bardeleben, v. Bergmann, Hirsch, Hartmann (†), Hertwig, v. Hofmann (†), Klemperer, Kundt, Krukenberg, Leyden, Liebreich, Mendel, Olshausen, Rubener, Senator, Schweigger, Schwendener, Virchow, Waldeyer, Winter.

Allen diesen meinen hochverehrten Lehrern spreche ich meinen aufrichtigen Dank aus.